N° 75-006-X au catalogue
ISSN 2291-0859

Regards sur la société canadienne

Association entre l'allaitement et certains problèmes de santé chroniques chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits au Canada

par Nadine Badets, Tamara Hudon et Michael Wendt

Date de diffusion : le 20 mars 2017

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Association entre l'allaitement et certains problèmes de santé chroniques chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits au Canada

par Nadine Badets, Tamara Hudon et Michael Wendt

Aperçu de l'étude

La présente étude porte sur les associations entre l'allaitement et certains problèmes de santé chroniques, c'est-à-dire l'asthme et la bronchite chronique ainsi que les infections chroniques de l'oreille, chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits âgés de 1 à 5 ans vivant au Canada. Les données proviennent de l'Enquête sur les enfants autochtones de 2006, et chaque groupe autochtone a été étudié séparément. Deux aspects de l'allaitement ont été examinés : les antécédents en matière d'alimentation (p. ex. nourri au biberon, allaité, ou les deux) et la durée de l'allaitement.

- Environ 60 % des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, des enfants métis et des enfants inuits âgés de 1 à 5 ans ont été à la fois allaités et nourris au biberon. La proportion d'enfants ayant été exclusivement allaités variait de 14 % à 17 %, alors que la proportion d'enfants ayant été exclusivement nourris au biberon fluctuait de 23 % à 25 %.
- Les enfants allaités avaient une prévalence plus faible d'asthme et de bronchite chronique. Par exemple, parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, 14 % de ceux ayant été exclusivement nourris au biberon souffraient d'asthme ou de bronchite chronique, par rapport à 10 % des enfants exclusivement allaités.
- Chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants allaités avaient une prévalence plus faible d'infections chroniques de l'oreille. Parmi les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon, 5 %[E] ont souffert d'infections chroniques de l'oreille, par rapport à 2 %[E] de ceux ayant été exclusivement allaités.
- Parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, la prévalence de problèmes d'asthme et de bronchite chronique ainsi que d'infections chroniques de l'oreille était plus faible chez ceux ayant été allaités pendant plus de six mois que chez ceux n'ayant jamais été allaités.
- Les résultats décrits ci-dessus sont demeurés significatifs même en tenant compte d'autres facteurs cliniques, démographiques et socioéconomiques dans un modèle. Les résultats indiquent que des facteurs autres que l'allaitement sont également associés avec les résultats en matière de santé.

Introduction

Les vertus protectrices de l'allaitement pour la santé des nourrissons et des enfants ont été démontrées dans le cadre d'études antérieures[1]. Le lait maternel renferme des substances biologiquement actives qui stimulent et renforcent le système immunitaire du nourrisson grâce à des agents antimicrobiens et anti-inflammatoires, contrairement à la préparation pour nourrissons[2]. De plus, la physiologie fonctionnelle des nourrissons qui

sont allaités est différente de celle des nourrissons qui sont nourris au biberon en raison de la pression et de la tétée, qui empêchent l'accumulation de lait dans l'oreille moyenne et, par conséquent, la prolifération de bactéries[3]. Santé Canada recommande l'allaitement exclusif des nourrissons durant les six premiers mois de leur vie puisque l'allaitement offre la meilleure nutrition possible pour optimiser la santé, la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants[4].

Les études antérieures sur la santé des nourrissons et des enfants ont laissé entendre que l'allaitement protège de plusieurs résultats négatifs en matière de santé[5]. Tout particulièrement, les études sur les nourrissons et les enfants autochtones au Canada ont indiqué que l'allaitement est associé à un meilleur état de santé général et à une prévalence plus faible de problèmes de santé particuliers, comme l'asthme, les infections des voies respiratoires, les infections de l'oreille (otites) et les infections gastro-intestinales[6].

Cela dit, les études antérieures ont souvent porté sur un seul groupe autochtone (parfois à de petits niveaux de géographie) ou regroupent les données de plusieurs groupes autochtones. La présente étude se fonde sur les données de l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006 pour examiner les associations entre l'allaitement et certains résultats en matière de santé, soit l'asthme et la bronchite chronique ainsi que les infections chroniques de l'oreille, pour chacun des trois groupes autochtones. L'échantillon ne comprenait que les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits âgés de 1 à 5 ans[7] et dont la mère biologique avait répondu à l'enquête (voir « Sources de données, méthodes et définitions »).

Selon la définition de Santé Canada, l'allaitement exclusif signifie que le nourrisson est exclusivement nourri de lait maternel, et d'aucun autre liquide (même de l'eau) ou aliment[8]. Cependant, il n'a pas été possible de créer une variable avec les données qui se fondent sur cette définition puisqu'il a été impossible de déterminer si les enfants qui ont participé à l'étude avaient mangé ou non des aliments solides lorsqu'ils étaient nourrissons. Ainsi, deux variables distinctes relatives à l'allaitement ont été créées pour évaluer les différences entre l'allaitement et l'alimentation au biberon, ainsi que les différences en fonction de la durée de l'allaitement. Il ne faut pas les confondre avec ceux ayant été uniquement allaités (c.-à-d. sans nourriture solide ou toute autre forme de liquide). De plus, il est important de noter que les enfants qui ont été exclusivement nourris au biberon sans jamais avoir été allaités pourraient avoir consommé du lait maternel au biberon.

La première section du présent article se fonde sur des statistiques descriptives pour examiner la répartition de certaines caractéristiques démographiques et relatives à l'allaitement et à la santé des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, des enfants métis et des enfants inuits âgés de 1 à 5 ans. Les sections suivantes fournissent les résultats des analyses descriptives et de régression logistique pour deux résultats (asthme et bronchite chronique ainsi qu'infections chroniques de l'oreille) pour chaque variable liée à l'allaitement (antécédents en matière d'alimentation et durée de l'allaitement). L'analyse de régression logistique a pour objectif de déterminer s'il existe toujours des associations entre l'allaitement et les résultats en matière de santé après la prise en compte de diverses caractéristiques démographiques, sociales, économiques et de santé.

Chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits âgés de 1 à 5 ans, 6 enfants sur 10 sont à la fois allaités et nourris au biberon

À l'aide des données de l'EEA de 2006, il est possible de déterminer les proportions d'enfants autochtones âgés de 1 à 5 ans qui ont été exclusivement allaités, exclusivement nourris au biberon ou qui ont été à la fois allaités et nourris au biberon[9]. La majorité des enfants des Premières Nations vivant hors réserve (61 %), des enfants métis (60 %) et des enfants inuits (60 %) âgés de 1 à 5 ans ont été à la fois allaités et nourris au biberon (tableau 1). Les enfants inuits étaient plus susceptibles d'avoir été exclusivement allaités et de ne pas avoir été nourris au biberon (17 %) que les enfants des Premières Nations vivant hors réserve (14 %) et les enfants métis (15 %). Enfin, près du quart des enfants des Premières Nations, des enfants métis et des enfants inuits vivant hors réserve ont été exclusivement nourris au biberon.

Un plus grand nombre d'enfants inuits que d'enfants des Premières Nations vivant hors réserve et d'enfants métis ont été allaités pendant plus de six mois. Une proportion plus élevée d'enfants des Premières

Tableau 1
Répartition des enfants âgés de 1 à 5 ans selon certaines caractéristiques démographiques et relatives à l'allaitement et à la santé, selon l'identité autochtone, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
	pourcentage		
Sexe			
Filles	50,1	47,8	49,3
Garçons	49,8	52,1	50,6
Groupe d'âge			
1 an à 3 ans	59,6	58,1	58,6
4 ans à 5 ans	40,3	41,8	41,3
Antécédents en matière d'alimentation			
Exclusivement allaité	14,4	14,9	17,2
Allaité et nourri au biberon	61,4	60,2	59,8
Exclusivement nourri au biberon[1]	24,0	24,8	22,8
Durée de l'allaitement			
Jamais allaité[2]	24,8	25,2	25,0
Allaité de 0 à 6 mois	41,1	42,4	31,6
Allaité plus de 6 mois	33,9	32,3	43,3
Asthme ou bronchite chronique			
Oui	11,2	11,1	8,1
Non	88,7	88,8	91,8
Infections de l'oreille			
Au moins une depuis la naissance	54,3	55,0	50,7
Chroniques[3]	4,0	3,7	8,7
Aucune	45,6	44,9	49,2

1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.
2. Les proportions pour les catégories « Exclusivement nourri au biberon » et « Jamais allaité » sont différentes en raison du fait qu'un petit nombre d'enfants n'ont jamais été allaités ou nourris au biberon selon les réponses à l'enquête.
3. Quatre infections de l'oreille et plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Note : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Nations vivant hors réserve (41 %) et d'enfants métis (42 %) ont été allaités pendant six mois ou moins, alors qu'une proportion plus élevée d'enfants inuits (43 %) ont été allaités pendant plus de six mois. Environ le quart des enfants de chaque groupe autochtone n'ont pas été allaités. Il convient de spécifier que certaines pratiques culturelles des Inuits, comme l'adoption traditionnelle, jouent un rôle quant au choix de l'allaitement et aux pratiques relatives à celui-ci[10]. Alors que les Inuits affichent, dans l'ensemble, des taux d'allaitement plus faibles que ceux des autres groupes autochtones et de la population non autochtone, les enfants inuits ont tendance à être allaités plus longtemps.

En 2006, environ 11 % des enfants des Premières Nations vivant hors réserve, 11 % des enfants métis et 8 % des enfants inuits âgés de 1 à 5 ans avaient reçu un diagnostic d'asthme ou de bronchite chronique. Selon les résultats d'une autre étude se fondant sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), la prévalence de l'asthme dans les collectivités éloignées et du nord du Canada est plus faible chez les enfants autochtones que chez ceux non autochtones[11].

Les enfants des Premières Nations vivant hors réserve et les enfants métis qui sont allaités affichent des taux moins élevés d'asthme et de bronchite chronique que ceux qui sont nourris au biberon

L'asthme fait partie des problèmes de santé chroniques les plus fréquents chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, les enfants métis et les enfants inuits au Canada[12]. En outre, les enfants autochtones présentent des infections respiratoires plus graves, et ils sont plus fréquemment hospitalisés que les enfants non autochtones[13]. Selon les résultats des études antérieures sur la population générale, l'allaitement est associé à une prévalence plus faible de maladies respiratoires, comme l'asthme et les infections des voies respiratoires inférieures[14]. Des études portant sur les enfants autochtones au Canada sont arrivées à des résultats semblables[15].

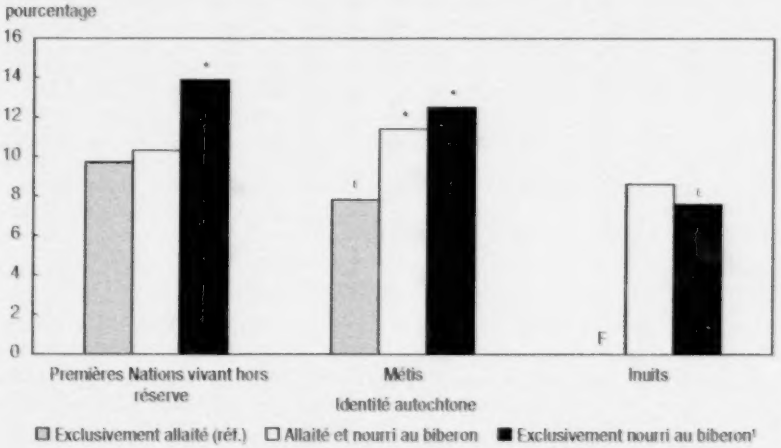
Dans les lignes qui suivent, on discutera des résultats descriptifs ainsi que de l'analyse de régression logistique qui a étudié le lien entre l'allaitement et l'asthme ou la bronchite chronique en tenant compte de nombreux facteurs importants. L'analyse a été réalisée séparément pour chaque groupe autochtone.

Parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve et les enfants métis, ceux qui ont été exclusivement allaités affichaient des taux moins élevés d'asthme et de bronchite chronique (10 % des enfants des Premières Nations

vivant hors réserve et 8 %[E] des enfants métis) que ceux qui ont été exclusivement nourris au biberon (14 % et 13 % respectivement) (graphique 1). En outre, les enfants métis qui ont été exclusivement allaités affichaient une prévalence plus faible d'asthme et de bronchite chronique (8 %[E]) que les enfants métis qui ont été à la fois nourris au biberon et allaités (11 %).

Des résultats semblables ont été obtenus en utilisant la variable de la durée de l'allaitement chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve. Plus précisément, les enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui ont été allaités — que ce soit pendant six mois ou moins (11 %) ou plus de six mois (10 %) — présentaient des taux plus faibles d'asthme et de bronchite chronique que les enfants n'ayant jamais été allaités (14 %) (graphique 2).

Graphique 1
Proportion d'enfants âgés de 1 à 5 ans souffrant d'asthme ou de bronchite chronique, selon l'identité autochtone et les antécédents en matière d'alimentation, 2006



[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.
Note : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête.
Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Lorsqu'on tient compte de divers facteurs, les enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui sont allaités sont moins susceptibles de souffrir d'asthme et de bronchite chronique

Lorsqu'on tient compte de plusieurs caractéristiques cliniques, démographiques et socioéconomiques dans un modèle de régression logistique, les résultats ont démontré que l'allaitement est associé à une probabilité plus faible de souffrir d'asthme et de bronchite chronique chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve. Parmi ces derniers, ceux qui ont été exclusivement allaités étaient moins susceptibles de souffrir d'asthme ou de bronchite chronique (9 %) que ceux qui ont été exclusivement nourris au biberon (14 %). Pour ce qui est des enfants métis et des enfants inuits, il n'y avait pas de lien significatif entre l'allaitement et l'asthme ou la bronchite chronique (tableau 2).

La variable de la durée de l'allaitement a aussi permis de démontrer que parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, ceux qui n'ont jamais été allaités présentaient une probabilité plus élevée de souffrir d'asthme ou de bronchite chronique. Les enfants qui ont été allaités pendant six mois ou moins (11 %) et ceux qui l'ont été pendant plus de six mois (10 %) étaient moins susceptibles de souffrir d'asthme ou de bronchite chronique que ceux n'ayant jamais été allaités (14 %)[16].

Cependant, les résultats du modèle révèlent aussi que d'autres facteurs étaient associés à une prévalence plus faible d'asthme ou de bronchite chronique. Le fait d'avoir des allergies respiratoires ou d'avoir reçu un diagnostic de tuberculose, par exemple, était significativement associé à une probabilité plus élevée de souffrir d'asthme ou de bronchite chronique, et ce, chez les trois groupes d'enfants autochtones. Dans le même ordre d'idées, une prévalence plus élevée d'asthme

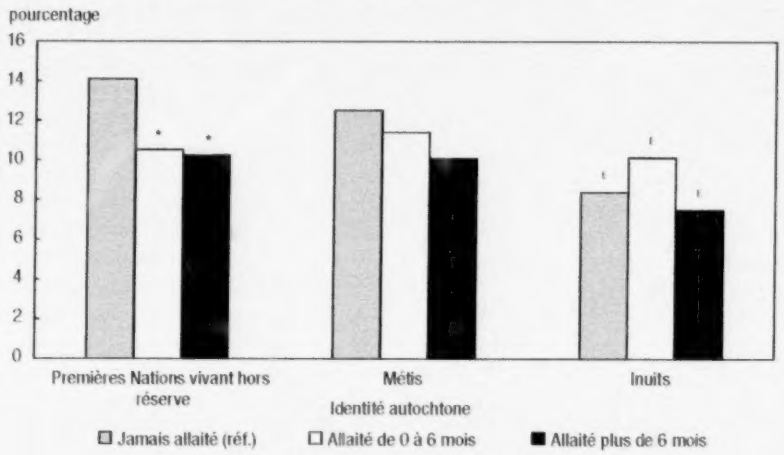
a été observée chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve et les enfants inuits dont la mère avait de la difficulté à obtenir des soins de santé. Les résultats des modèles complets sont présentés dans les tableaux A1 (avec la variable des antécédents en matière d'alimentation) et A2 (avec la variable de la durée de l'allaitement), à la section « Supplément d'information ».

Les enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui sont exclusivement allaités affichent une prévalence plus faible d'infections chroniques de l'oreille

Les infections de l'oreille sont l'une des principales causes d'hospitalisation chez les enfants autochtones au Canada[17]. Plus précisément, les infections de l'oreille moyenne sont un problème de santé fréquent chez les jeunes enfants au Canada[18]. Elles peuvent être associées à un certain nombre de problèmes de santé et de développement, comme une déficience auditive, des retards de développement de la parole et du langage ainsi que des retards de développement scolaire et éducatif[19]. Les enfants des Premières Nations, les enfants métis et les enfants inuits dans le nord du Canada sont touchés de manière disproportionnée par des infections de l'oreille moyenne; dans certaines collectivités, les taux de prévalence sont 40 fois plus élevés que dans les régions urbaines du sud[20].

Dans le cadre de la présente étude, on entend par infections chroniques de l'oreille le fait d'avoir eu quatre infections de l'oreille et

Graphique 2
Proportion d'enfants âgés de 1 à 5 ans souffrant d'asthme ou de bronchite chronique, selon l'identité autochtone et la durée de l'allaitement, 2006



† à utiliser avec prudence
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
Note : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête.
Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Tableau 2
Probabilité prédite d'asthme ou de bronchite chronique en fonction de deux variables relatives à l'allaitement, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

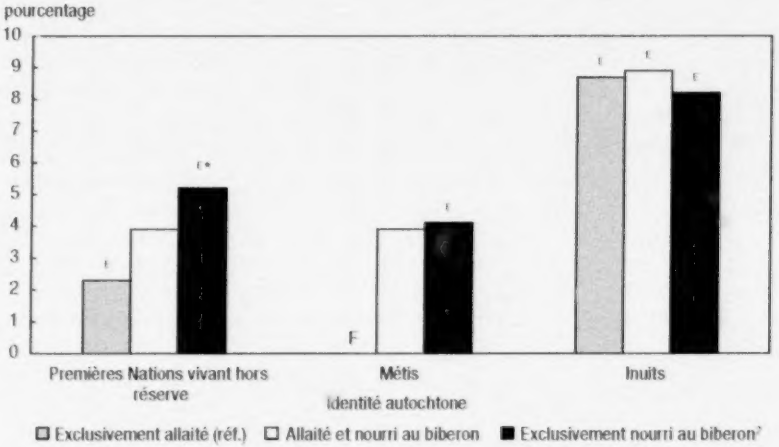
	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
	probabilité prédite		
Antécédents en matière d'alimentation			
Exclusivement allaité (réf.)	0,09	0,08	0,06
Allaité et nourri au biberon	0,11	0,12	0,09
Exclusivement nourri au biberon[1]	0,14*	0,12	0,08
Durée de l'allaitement			
Jamais allaité (réf.)	0,14	0,12	0,09
Allaité de 0 à 6 mois	0,11	0,12	0,09
Allaité plus de 6 mois	0,10*	0,10	0,09

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.
Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques. Des modèles distincts de régression logistique comprenant divers facteurs ont été exécutés pour chaque variable de l'allaitement. Les résultats des modèles de régression logistique complets sont présentés pour chacune de ces variables à la section « Supplément d'information ».
Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Dans cette section, on montre les résultats des analyses descriptives et de régression logistique, qui ont étudié les liens entre les antécédents en matière d'alimentation et la durée de l'allaitement en ce qui concerne les infections chroniques de l'oreille pour chacun des trois groupes autochtones.

En raison de la taille relativement petite de l'échantillon d'enfants pour qui des infections chroniques de l'oreille ont été déclarées, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Cependant, il existait une différence significative en ce qui a trait à la prévalence des infections chroniques de l'oreille entre les enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui ont été exclusivement allaités (2 %[E]) et ceux qui ont été exclusivement nourris au biberon (5 %[E]) (graphique 3). Parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, ceux ayant été allaités pendant plus de six mois affichaient une prévalence plus faible d'infections chroniques de l'oreille (3 %[E]) que ceux n'ayant pas été allaités (5 %[E]) (données non présentées)[21].

Graphique 3
Proportion d'enfants âgés de 1 à 5 ans souffrant d'infections chroniques de l'oreille[1], selon l'identité autochtone et les antécédents en matière d'alimentation, 2006



[1] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Par infection chronique de l'oreille, on entend le fait d'avoir eu au moins quatre infections de l'oreille au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.
2. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.
Note : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête.
Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Lorsqu'on tient compte de divers facteurs, les enfants des Premières Nations vivant hors réserve qui sont allaités affichent une prévalence plus faible d'infections chroniques de l'oreille

Lorsqu'on tient compte de divers facteurs au moyen d'un modèle de régression logistique, les enfants des Premières Nations vivant hors réserve (2 %) qui ont été exclusivement allaités étaient significativement moins susceptibles que ceux qui ont été exclusivement nourris au biberon (5 %) de souffrir d'infections chroniques de l'oreille (tableau 3). De même, parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve, ceux qui ont été allaités plus de six mois étaient significativement moins susceptibles de souffrir d'infections chroniques de l'oreille (3 %) que ceux n'ayant pas été allaités (5 %). En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre les infections chroniques de l'oreille et l'allaitement chez les enfants métis et les enfants inuits.

Comme cela était le cas pour les résultats obtenus pour l'asthme et la bronchite chronique, les modèles ont aussi révélé que d'autres facteurs sont associés aux infections chroniques de l'oreille. Notamment, l'exposition à la fumée secondaire à la maison était associée à une prévalence plus élevée d'infections chroniques de l'oreille chez les enfants métis et les enfants inuits. Chez les enfants inuits, ceux qui résidaient à l'extérieur de l'Inuit Nunangat affichaient des probabilités plus faibles de souffrir d'infections chroniques de l'oreille que ceux

Tableau 3
Probabilité prédite d'infections chroniques de l'oreille en fonction de deux variables liées à l'allaitement, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
	probabilité prédite		
Antécédents en matière d'alimentation			
Exclusivement allaité (réf.)	0,02	0,03	0,13
Allaité et nourri au biberon	0,04	0,04	0,08
Exclusivement nourri au biberon[1]	0,05*	0,04	0,06
Durée de l'allaitement			
Jamais allaité (réf.)	0,05	0,04	0,07
Allaité de 0 à 6 mois	0,04	0,04	0,10
Allaité plus de 6 mois	0,03*	0,03	0,07

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)
1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.
Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques. Des modèles distincts de régression logistique comprenant divers facteurs ont été exécutés pour chaque variable de l'allaitement. Les résultats des modèles de régression logistique complets sont présentés pour chacune de ces variables à la section « Supplément d'information ».
Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

vivant dans l'Inuit Nunangat[22]. Pour obtenir les résultats des modèles complets, veuillez consulter les tableaux A3 et A4 de la section « Supplément d'information ».

Conclusion

Selon les résultats de l'étude, il existe un lien associatif entre l'allaitement des enfants des Premières Nations vivant hors réserve et certains résultats en matière de santé qui font l'objet de cette étude. Cette relation a continué d'être significative même après avoir tenu compte de diverses caractéristiques cliniques, démographiques et socioéconomiques. En outre, les enfants qui sont allaités pour des périodes prolongées, soit notamment pendant plus de six mois, ont une prévalence et une probabilité plus faible d'asthme et de bronchite chronique ainsi que d'infections chroniques de l'oreille. Ces résultats vont de pair avec les études antérieures réalisées au sujet de l'allaitement et de la santé auprès de la population générale et celles menées auprès de la population autochtone[23].

Cependant, des liens significatifs entre l'allaitement et de meilleurs résultats en matière de santé n'ont pas été trouvés pour toutes les populations autochtones. Plus particulièrement, il n'y a pas d'association significative entre l'allaitement et l'asthme ou la bronchite chronique, ou encore entre l'allaitement et les infections chroniques de l'oreille chez les enfants métis ou inuits.

Les résultats de l'analyse de régression logistique démontrent aussi que d'autres facteurs peuvent influer de façon plus marquée sur les résultats en matière de santé que l'allaitement, comme le statut socioéconomique et les conditions de vie (les résultats des modèles complets sont présentés dans les tableaux figurant dans la section « Supplément d'information »). Des études antérieures ont aussi révélé que les nourrissons vivant dans des ménages à faible revenu sont moins susceptibles que ceux issus de milieux socioéconomiques plus avantageux d'avoir été allaités[24].

Dans l'ensemble, ces résultats ont une incidence sur les études portant spécifiquement sur les peuples autochtones. Par conséquent, il importe de faire preuve de prudence et d'éviter de généraliser ou d'appliquer des résultats d'études sur la population générale ou d'études regroupant plusieurs groupes autochtones sur une seule population autochtone.

Nadine Badets *et* ***Tamara Hudon*** *sont analystes de recherche à la Division de la statistique sociale et autochtone de Statistique Canada, et* ***Michael Wendt*** *est chef de la section de l'analyse et de la diffusion à cette même division.*

Sources de données, méthodes et définitions

Source de données

L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) est une enquête postcensitaire qui a été menée en 2006 une seule fois par Statistique Canada. La population cible visait les enfants au Canada âgés de moins de 6 ans (au 31 octobre 2006)[25] ayant une identité ou une ascendance liée aux Premières Nations (Indiens de l'Amérique du Nord), aux Métis ou aux Inuits. Cependant, un petit nombre d'enfants étaient âgés de 6 ans au moment de l'enquête. Les enfants résidant dans des établissements institutionnels et ceux vivant dans les réserves dans les provinces ont été exclus de l'enquête. L'échantillon final comprenait 12 845 répondants.

Les données de l'EEA sont pondérées en fonction de l'enfant, contrairement à d'autres sources de données, comme l'Enquête auprès des peuples autochtones et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont pondérées en fonction de la mère. C'est pourquoi la présente étude ne mesure pas la prévalence de l'allaitement. Pour obtenir plus de renseignements sur la prévalence de l'allaitement chez les Autochtones et les non-Autochtones, veuillez consulter les tableaux CANSIM 105-0512 et 105-0515 sur le site Web de Statistique Canada.

Méthodes

Les résultats de la présente étude ont été produits au moyen d'analyses descriptives et d'analyses de régression logistique. Les variances ont été estimées au moyen de poids bootstrap[26] se trouvant dans les fichiers de données de l'EEA[27]. Quatre variables relatives à l'allaitement ont été évaluées séparément dans les modèles : le fait d'avoir déjà été allaité par rapport au fait de n'avoir jamais été allaité, les antécédents en matière d'alimentation, et deux différentes durées d'allaitement (allaité jusqu'à six mois ou plus et allaité jusqu'à 12 mois ou plus). Bien que les antécédents en matière d'alimentation et la durée de l'allaitement de six mois aient été sélectionnés comme principales variables relatives à l'allaitement, les résultats sont semblables pour les quatre variables relatives à l'allaitement.

Échantillon

L'échantillon est constitué d'enfants des Premières Nations, d'enfants métis et d'enfants inuits vivant hors réserve au Canada âgés de 1 à 5 ans. Les enfants ayant une identité autochtone ont été sélectionnés, et parmi ces derniers, seulement ceux pour qui l'on a fourni une réponse unique pour les catégories « Premières Nations », « Métis » ou « Inuit » ont été retenus. Par ailleurs, l'échantillon était limité aux enfants dont la mère biologique a participé à l'enquête. Les mères biologiques ont été sélectionnées comme répondantes, non seulement pour assurer la cohérence avec les études antérieures, mais aussi parce qu'elles sont les plus susceptibles d'avoir les souvenirs les plus nets et les meilleures connaissances au sujet de la santé et des antécédents en matière d'alimentation de l'enfant[28]. En raison de la petite taille des échantillons dans certains cas, les résultats qui doivent être interprétés avec prudence ont été marqués par la lettre « E », et ceux qui sont trop peu fiables pour être publiés portent la lettre « F ».

Définitions

Les variables utilisées dans le cadre de la présente étude sont fondées sur la littérature et les études antérieures. Cependant, elles sont limitées par les données tirées de l'EEA de 2006. Quatre types de variables indépendantes ont été utilisés : cliniques, démographiques, socioéconomiques et autres. Les variables cliniques ont été incluses pour tenir compte du risque de maladie attribuable à la comorbidité. Par exemple, on a observé que les infections de l'oreille sont significativement associées au risque d'asthme et de respiration sifflante (chez les enfants qui n'ont pas reçu de diagnostic d'asthme)[29].

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs définitions de l'allaitement et de la durée de l'allaitement ont été mises à l'essai. La variable qui se rapproche le plus de la définition de Santé Canada pour l'allaitement exclusif est celle des antécédents en matière d'alimentation, qui étudie les enfants qui ont été exclusivement allaités, ceux qui ont été exclusivement nourris au biberon, et ceux qui ont été à la fois allaités et nourris au biberon. Il convient de noter que les enfants qui ont été exclusivement nourris au biberon sans jamais avoir été allaités peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.

L'asthme et la bronchite chronique sont déterminés au moyen d'un diagnostic d'un professionnel de la santé, sur la base des informations fournies par la mère de l'enfant.

Par infections chroniques de l'oreille, on entend le fait d'avoir eu quatre infections de l'oreille et plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon les informations fournies par la mère.

Limites

Dans le cadre de la présente étude, les analyses sont limitées par les variables recueillies au moment de l'enquête, puisque l'EEA de 2006 n'a été réalisée dans les réserves. Bien que la littérature sur l'asthme et la qualité de l'air intérieur indique que la présence d'humidité et de moisissures a une incidence sur la prévalence de l'asthme chez les enfants, l'enquête ne fournit pas de données sur la qualité de l'air intérieur[30]. En outre, l'EEA ne comprend pas les données sur d'autres problèmes de santé qui pourraient prédisposer l'enfant aux résultats en matière de santé examinés dans le cadre de la présente étude, comme les infections des voies respiratoires.

La taille de l'échantillon a aussi constitué une difficulté dans le cadre de la présente étude. Une analyse de puissance a révélé que dans le cas des Inuits, les modèles comportaient habituellement des échantillons de petite taille. Cependant, lorsque les modèles ont été exécutés pour tous les types de répondants, les résultats n'ont pas changé, même si, dans le cas des Inuits, la taille de l'échantillon a augmenté pour arriver beaucoup plus près de la taille souhaitée. Des tests statistiques bivariés entre chaque variable liée à l'allaitement et chaque résultat ont produit des résultats semblables à ceux de la régression logistique multivariée.

Des variables culturelles, comme la langue maternelle de la mère biologique (langue autochtone ou non autochtone), l'importance de l'histoire et de la culture des Premières Nations, des Métis et des Inuits pour la mère, et la fréquence à laquelle l'enfant a participé à des activités traditionnelles, ont été évaluées tout au long du processus de création des modèles. Cependant, ces variables ne comportent pas un lien significatif avec les résultats en matière de santé qui ont été examinés dans cette étude. Puisque l'on ne peut pas établir clairement si ces variables servent de données indirectes acceptables pour déterminer l'engagement culturel, elles ont par conséquent été exclues de l'analyse.

Supplément d'information

Les tableaux figurant dans cette section contiennent les résultats des modèles de régression logistique complets utilisés pour produire les tableaux 2 et 3 du présent article.

Tableau A1

Probabilité prédite d'asthme ou de bronchite chronique en fonction des antécédents en matière d'alimentation et de certaines caractéristiques, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
Principale variable explicative	probabilité prédite		
Antécédents en matière d'alimentation			
Exclusivement allaité (réf.)	0,09	0,08	0,06
Allaité et nourri au biberon	0,11	0,12	0,09
Exclusivement nourri au biberon[1]	0,14*	0,12	0,08
Caractéristiques démographiques			
Sexe			
Filles (réf.)	0,09	0,10	0,08
Garçons	0,14***	0,12	0,09
Groupe d'âge			
1 an à 3 ans (réf.)	0,10	0,09	0,09
4 ans à 5 ans	0,13*	0,14***	0,07
Secteur de résidence (enfant)[2]			
Urbain (réf.) / pour les Inuits seulement : Inuit Nunangat (réf.)	0,12	0,11	0,07
Rural / pour les Inuits seulement : À l'extérieur de l'Inuit Nunangat	0,09	0,11	0,12
Variables cliniques			
Poids à la naissance			
2 500 grammes et plus (réf.)	0,11	0,11	0,08
Moins de 2 500 grammes	0,13	0,14	0,15
Comorbidité, allergies respiratoires ou tuberculose			
Ni l'un ni l'autre (réf.)	0,10	0,09	0,07
Au moins une	0,52***	0,48***	0,51***
Comorbidité, infections de l'oreille			
Aucune (réf.)	0,08	0,08	0,04
Au moins une depuis la naissance	0,14***	0,14***	0,13***
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Niveau de scolarité (mère biologique)			
Études postsecondaires partielle ou niveau supérieur (réf.)	0,11	0,12	0,08
Diplôme d'études secondaires	0,11	0,09*	0,09
Sans diplôme d'études secondaires	0,12	0,12	0,08
Revenu du ménage, corrigé en fonction de la taille du ménage			
Égal ou supérieur à la médiane (réf.)	0,12	0,09	0,07
Sous la médiane	0,11	0,13**	0,09
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Conditions de logement			
Logement nécessitant des réparations mineures ou un entretien régulier (réf.)	...	0,11	...
Logement nécessitant des réparations majeures	...	0,14	...
Exposition à la fumée secondaire à la maison			
L'enfant n'y est pas exposé régulièrement (réf.)	0,11	0,11	0,08
L'enfant y est exposé régulièrement	0,11	0,11	0,07
Faim (enfant)			
L'enfant mange à sa faim (réf.)	...	0,11	0,09
L'enfant a eu faim dans ce ménage	...	0,06	0,06
Autres facteurs			
Accès difficile aux soins de santé (mère biologique)			
Aucune difficulté (réf.)	0,10	0,11	0,07
Ne pouvait pas obtenir de soins de santé ou de médicaments pour l'enfant	0,19***	0,15	0,19***
Service de garde réguliers			
L'enfant fréquente régulièrement un service de garde (réf.)	0,11	0,13	0,08
L'enfant ne fréquente pas régulièrement un service de garde	0,11	0,09**	0,08
Présence d'enfants plus vieux dans le ménage			
Aucun (réf.)	0,11	0,09	0,08
Au moins un enfant plus vieux (âgé de moins de 15 ans)	0,11	0,13*	0,08

... n'ayant pas lieu de figurer. Cette variable a été exclue du modèle pour ce groupe autochtone.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,001$)

1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.

2. La variable du secteur de résidence comprend différentes catégories pour les Inuits, l'Inuit Nunangat et l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Tableau A2
Probabilité prédite d'asthme ou de bronchite chronique en fonction de la durée de l'allaitement et de certaines caractéristiques, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
Principale variable explicative	probabilité prédite		
Durée de l'allaitement			
Jamais allaité (réf.)	0,14	0,12	0,09
Allaité de 0 à 6 mois	0,11	0,12	0,09
Allaité plus de 6 mois	0,10*	0,10	0,09
Caractéristiques démographiques			
Sexe			
Filles (réf.)	0,09	0,10	0,08
Garçons	0,14***	0,12	0,09
Groupe d'âge			
1 an à 3 ans (réf.)	0,10	0,09	0,11
4 ans à 5 ans	0,13*	0,14***	0,07
Secteur de résidence (enfant)[1]			
Urbain (réf.) / pour les Inuits seulement : Inuit Nunangat (réf.)	0,12	0,11	0,07
Rural / pour les Inuits seulement : À l'extérieur de l'Inuit Nunangat	0,10	0,11	0,13
Variables cliniques			
Poids à la naissance			
2 500 grammes et plus (réf.)	0,11	0,11	0,08
Moins de 2 500 grammes	0,13	0,14	0,16
Comorbidité, allergies respiratoires ou tuberculose			
Ni l'un ni l'autre (réf.)	0,10	0,09	0,08
Au moins une	0,53***	0,49***	0,50***
Comorbidité, infections de l'oreille			
Aucune (réf.)	0,08	0,08	0,04
Au moins une depuis la naissance	0,14***	0,14***	0,14***
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Niveau de scolarité (mère biologique)			
Études postsecondaires partielle ou niveau supérieur (réf.)	0,11	0,12	0,08
Diplôme d'études secondaires	0,11	0,09*	0,09
Sans diplôme d'études secondaires	0,13	0,12	0,09
Revenu du ménage, corrigé en fonction de la taille du ménage			
Égal ou supérieur à la médiane (réf.)	0,12	0,09	0,08
Sous la médiane	0,11	0,13**	0,10
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Conditions de logement			
Logement nécessitant des réparations mineures ou un entretien régulier (réf.)	...	0,11	...
Logement nécessitant des réparations majeures	...	0,14	...
Exposition à la fumée secondaire à la maison			
L'enfant n'y est pas exposé régulièrement (réf.)	0,11	0,11	0,09
L'enfant y est exposé régulièrement	0,11	0,11	0,09
Faim (enfant)			
L'enfant mange à sa faim (réf.)	...	0,11	0,09
L'enfant a eu faim dans ce ménage	...	0,06	0,07
Autres facteurs			
Accès difficile aux soins de santé (mère biologique)			
Aucune difficulté (réf.)	0,10	0,15	0,08
Ne pouvait pas obtenir de soins de santé ou de médicaments pour l'enfant	0,20***	0,11	0,21**
Service de garde réguliers			
L'enfant fréquente régulièrement un service de garde (réf.)	0,12	0,13	0,09
L'enfant ne fréquente pas régulièrement un service de garde	0,11	0,09**	0,09
Présence d'enfants plus vieux dans le ménage			
Aucun (réf.)	0,11	0,09	0,08
Au moins un enfant plus vieux (âgé de moins de 15 ans)	0,11	0,13*	0,09

... n'ayant pas lieu de figurer. Cette variable a été exclue du modèle pour ce groupe autochtone.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,001$)

1. La variable du secteur de résidence comprend différentes catégories pour les Inuits, l'Inuit Nunangat et l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Tableau A3

Probabilité prédite d'infections chroniques de l'oreille en fonction des antécédents en matière d'alimentation et de certaines caractéristiques, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
Principale variable explicative	probabilité prédite		
Antécédents en matière d'alimentation			
Exclusivement allaité (réf.)	0,02	0,03	0,13
Allaité et nourri au biberon	0,04	0,04	0,08
Exclusivement nourri au biberon[1]	0,05*	0,04	0,06
Caractéristiques démographiques			
Sexe			
Filles (réf.)	0,04	0,04	0,06
Garçons	0,04	0,04	0,10*
Groupe d'âge			
1 an à 3 ans (réf.)	0,05	0,05	0,09
4 ans à 5 ans	0,03*	0,02**	0,07
Secteur de résidence (enfant)[2]			
Urbain (réf.) / pour les Inuits seulement : Inuit Nunangat (réf.)	0,04	0,04	0,10
Rural / pour les Inuits seulement : À l'extérieur de l'Inuit Nunangat	0,04	0,02*	0,03*
Variables cliniques			
Poids à la naissance			
2 500 grammes et plus (réf.)	0,04	0,04	0,08
Moins de 2 500 grammes	0,07	0,06	0,10
Comorbidité, asthme ou bronchite chronique			
Ni l'un ni l'autre (réf.)	0,03	0,03	0,07
Au moins une	0,09***	0,11***	0,21***
Comorbidité, allergies			
Aucune (réf.)	0,04	0,04	0,07
Alimentaire, digestive, respiratoire ou autre	0,04	0,05	0,18***
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Niveau de scolarité (mère biologique)			
Études postsecondaires partielle ou niveau supérieur (réf.)	0,04	0,04	0,06
Diplôme d'études secondaires	0,04	0,04	0,05
Sans diplôme d'études secondaires	0,04	0,03	0,10
Revenu du ménage, corrigé en fonction de la taille du ménage			
Égal ou supérieur à la médiane (réf.)	0,03	0,03	0,08
Sous la médiane	0,04	0,04	0,08
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Surpeuplement du ménage[3]			
Une personne ou moins par pièce (réf.)	...	...	0,07
Plus d'une personne par pièce	...	...	0,09
Exposition à la fumée secondaire à la maison			
L'enfant n'y est pas exposé régulièrement (réf.)	0,04	0,03	0,09
L'enfant y est exposé régulièrement	0,05	0,06*	0,03**
Faim (enfant)			
L'enfant mange à sa faim (réf.)	0,04	0,04	0,09
L'enfant a eu faim dans ce ménage	0,04	0,04	0,06
Autres facteurs			
A été mis au lit avec un biberon (enfant)			
Jamais (réf.)	0,05	0,05	0,05
Oui	0,03*	0,03	0,10
Accès difficile aux soins de santé (mère biologique)			
Aucune difficulté (réf.)	0,04	0,04	0,08
Ne pouvait pas obtenir de soins de santé ou de médicaments pour l'enfant	0,06	0,06	0,05
Service de garde réguliers			
L'enfant fréquente régulièrement un service de garde (réf.)	0,05	0,05	0,10
L'enfant ne fréquente pas régulièrement un service de garde	0,03*	0,02**	0,07
Mobilité (enfant)			
N'a jamais déménagé (réf.)	0,05	0,04	0,07
A déménagé au moins une fois	0,03*	0,04	0,09

... n'ayant pas lieu de figurer. Cette variable a été exclue du modèle pour ce groupe autochtone.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,001$)

1. Veuillez noter que les enfants ayant été exclusivement nourris au biberon peuvent avoir consommé du lait maternel au biberon.

2. La variable du secteur de résidence comprend différentes catégories pour les Inuits, l'Inuit Nunangat et l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

3. Ne comprend pas les endroits comme les salles de bain, les couloirs et les pièces utilisées à des fins commerciales.

Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Tableau A4

Probabilité prédite d'infections chroniques de l'oreille en fonction de la durée de l'allaitement et de certaines caractéristiques, selon l'identité autochtone, enfants âgés de 1 à 5 ans, 2006

	Identité autochtone		
	Premières Nations vivant hors réserve	Métis	Inuits
Principale variable explicative	probabilité prédite		
Durée de l'allaitement			
Jamais allaité (réf.)	0,05	0,04	0,07
Allaité de 0 à 6 mois	0,04	0,04	0,10
Allaité plus de 6 mois	0,03*	0,03	0,07
Caractéristiques démographiques			
Sexe			
Filles (réf.)	0,04	0,04	0,06
Garçons	0,04	0,04	0,10
Groupe d'âge			
1 an à 3 ans (réf.)	0,05	0,05	0,09
4 ans à 5 ans	0,03*	0,02**	0,07
Secteur de résidence (enfant)[1]			
Urbain (réf.) / pour les Inuits seulement : Inuit Nunangat (réf.)	0,04	0,04	0,10
Rural / pour les Inuits seulement : À l'extérieur de l'Inuit Nunangat	0,04	0,02*	0,03*
Variables cliniques			
Poids à la naissance			
2 500 grammes et plus (réf.)	0,04	0,04	0,08
Moins de 2 500 grammes	0,07	0,06	0,10
Comorbidité, asthme ou bronchite chronique			
Ni l'un ni l'autre (réf.)	0,03	0,03	0,07
Au moins une	0,09***	0,11***	0,22***
Comorbidité, allergies			
Aucune (réf.)	0,04	0,04	0,07
Alimentaire, digestive, respiratoire ou autre	0,04	0,05	0,17**
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Niveau de scolarité (mère biologique)			
Études postsecondaires partielle ou niveau supérieur (réf.)	0,04	0,04	0,06
Diplôme d'études secondaires	0,04	0,04	0,05
Sans diplôme d'études secondaires	0,04	0,03	0,10
Revenu du ménage, corrigé en fonction de la taille du ménage			
Égal ou supérieur à la médiane (réf.)	0,03	0,03	0,07
Sous la médiane	0,04	0,04	0,08
Facteurs socioéconomiques et conditions de logement			
Surpeuplement du ménage[2]			
Une personne ou moins par pièce (réf.)	...	...	0,07
Plus d'une personne par pièce	...	...	0,09
Exposition à la fumée secondaire à la maison			
L'enfant n'y est pas exposé régulièrement (réf.)	0,04	0,03	0,09
L'enfant y est exposé régulièrement	0,05	0,06*	0,03**
Faim (enfant)			
L'enfant mange à sa faim (réf.)	0,04	0,04	0,09
L'enfant a eu faim dans ce ménage	0,04	0,04	0,06
Autres facteurs			
A été mis au lit avec un biberon (enfant)			
Jamais (réf.)	0,05	0,05	0,06
Oui	0,03	0,03	0,09
Accès difficile aux soins de santé (mère biologique)			
Aucune difficulté (réf.)	0,04	0,04	0,08
Ne pouvait pas obtenir de soins de santé ou de médicaments pour l'enfant	0,06	0,06	0,06
Service de garde réguliers			
L'enfant fréquente régulièrement un service de garde (réf.)	0,05	0,05	0,09
L'enfant ne fréquente pas régulièrement un service de garde	0,03	0,02**	0,07
Mobilité (enfant)			
N'a jamais déménagé (réf.)	0,05	0,04	0,07
A déménagé au moins une fois	0,03*	0,04	0,09

... n'ayant pas lieu de figurer. Cette variable a été exclue du modèle pour ce groupe autochtone.

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,05$)

** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,01$)

*** valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (réf.) ($p < 0,001$)

1. La variable du secteur de résidence comprend différentes catégories pour les Inuits, l'Inuit Nunangat et l'extérieur de l'Inuit Nunangat.

2. Ne comprend pas les endroits comme les salles de bain, les couloirs et les pièces utilisées à des fins commerciales.

Notes : L'échantillon est constitué des enfants dont la mère biologique a répondu à l'enquête. Les probabilités prédites sont tirées des effets marginaux à la moyenne, selon les régressions logistiques.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les enfants autochtones (EEA), 2006.

Notes

1. Voir Ip et coll. (2009); Abrahams et Labbok (2011); Cidro et coll. (2015); McIsaac et coll. (2015a).
2. Voir Chirico et coll. (2008); Labbok et coll. (2004); Mew et Meredith (1992).
3. Voir Labbok et coll. (2004); Brown et Magnuson (2000); Geddes et coll. (2008).
4. Voir Santé Canada (2015a, 2015b).
5. Voir Peat et Li (1999); Raisler et coll. (1999); Banerji et coll. (2009); Ip et coll. (2009); Abrahams et Labbok (2011); Findlay et Janz (2012a); Findlay et Janz (2012b); Ye et coll. (2012); Bowatte et coll. (2015); Lodge et coll. (2015); Karunanayake et coll. (2016).
6. Voir Banerji et coll. (2009); Findlay et Janz (2012a, 2012b); Ye et coll. (2012); McIsaac et coll. (2015a); Karunanayake et coll. (2016). Findlay et Janz ont publié deux articles, en 2012, sur la santé des nourrissons autochtones au Canada : un sur les enfants inuits, et l'autre sur les enfants métis et les enfants des Premières Nations vivant hors réserve. Ces études utilisaient les données provenant de l'EEA de 2006, et celles-ci ont révélé que les parents étaient plus susceptibles de déclarer que la santé de leur enfant était excellente ou très bonne si celui-ci était allaité.
7. L'échantillon comprenait un petit nombre d'enfants âgés de 6 ans. Les enfants âgés de moins de 1 an ont été exclus de la population étudiée en raison des préoccupations relatives à l'interaction entre l'âge et la durée de l'allaitement chez les enfants qui étaient plus susceptibles d'être encore allaités au moment de l'enquête.
8. Voir Santé Canada (2015a, 2015b).
9. Selon les questions de l'EEA visant à déterminer si l'enfant avait été allaité ou nourri au biberon. Lorsqu'ils étaient nourrissons, certains enfants peuvent avoir reçu des aliments solides ou des aliments déjà mâchés.
10. Voir McIsaac et coll. (2015b).
11. Voir Gao et coll. (2008).
12. Voir Findlay et Janz (2012a, 2012b); Gao et coll. (2008).
13. Voir Banerji et coll. (2001).
14. Voir Oddy et coll. (1999); Peat et Li (1999); Raisler et coll. (1999); Lodge et coll. (2015).
15. Voir Ye et coll. (2012); Banerji et coll. (2009).
16. Les conclusions de la présente étude concernant l'asthme et la bronchite chronique chez les enfants des Premières Nations vivant hors réserve vont de pair avec celles d'une étude antérieure sur l'asthme et l'allaitement réalisée par Ye et coll. (2012), qui utilisait le même ensemble de données. Cependant, dans l'étude en question, aucune distinction n'a été établie entre l'identité autochtone et l'ascendance autochtone. En outre, aucune distinction n'était faite entre les trois populations autochtones.
17. Voir Thomson (1994); Carrière et coll. (2016).
18. Voir Thomas (2010).
19. Voir Karunanayake et coll. (2016).
20. Voir Bowd (2005).
21. Dans ce cas-ci, les résultats pour les enfants métis et inuits étaient trop peu fiables pour être publiés.
22. L'Inuit Nunangat comprend les communautés situées dans les quatre régions inuites : Nunatsiavut (côte nord du Labrador), Nunavik (nord du Québec), le territoire du Nunavut, ainsi que la région inuvialuite dans les Territoires du Nord-Ouest.
23. Voir Ip et coll. (2009); Abrahams et Labbok (2011); Ye et coll. (2012); Bowatte et coll. (2015); Lodge et coll. (2015); Karunanayake et coll. (2016).
24. Voir Coulibaly et coll. (2006); Freeman et coll. (2008).
25. Un petit nombre d'enfants âgés de 6 ans faisait cependant partie de l'enquête.
26. Voir le document *Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : Guide d'utilisation du fichier analytique*. Ce guide n'est pas accessible en ligne. Il faut en faire la demande auprès des services à la clientèle de Statistique Canada.
27. Il convient de noter que les modèles de régression logistique ont fait l'objet de tests en incluant l'ensemble des répondants (pas seulement les mères biologiques). Bien que cela ait augmenté la taille des échantillons, aucune différence n'a été observée en ce qui a trait à la direction ou à la signification statistique des résultats.
28. Voir McIsaac et coll. (2015b).
29. Voir Eldeirawi et Persky (2004).
30. Voir Peat et Li (1999); Eldeirawi et Persky (2004).

Documents consultés

ABRAHAMS, Sheryl W., et Miriam H. LABBOK. 2011. « Breastfeeding and otitis media: A review of recent evidence », *Current Allergy and Asthma Reports*, vol. 11, nº 6, décembre, p. 508 à 512.

BANERJI, Anna, Alison BELL, Elaine L. MILLS, Jane McDONALD, Kanta SUBBARAO, Greg STARK, Nicola EYNON et Vivian G. LOO. 2001. « Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, nº 13, juin, p. 1847 à 1850.

BANERJI, Anna, David GREENBERG, Laura FORSBERG WHITE, Alexander W. MacDONALD, Audrey SAXTON, Eva THOMAS, Douglas SAGE, Muhammad MAMDANI, Krista L. LANCTÔT, James B. MAHONY, Mia DINGLE et Ann ROBERTS. 2009. « Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: A case-control study », *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 28, nº 8, p. 697 à 701.

BOWATTE, G., R. THAM, K. J. ALLEN, D. J. TAN, M. X. Z. LAU, X. DAI et C. J. LODGE. 2015. « Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis », *Acta Paediatrica*, vol. 104, supplément S467, décembre, p. 85 à 95.

BOWD, Alan D. 2005. « Otitis media: Health and social consequences for Aboriginal youth in Canada's North », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 64, nº 1, p. 5 à 15.

BROWN, Craig E., et Bengt MAGNUSON. 2000. « On the physics of the infant feeding bottle and middle ear sequela: Ear disease in infants can be associated with bottle feeding », *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, vol. 54, nº 1, août, p. 13 à 20.

CARRIÈRE, Gisèle, Evelyne BOUGIE, Dafna KOHEN, Michelle ROTERMANN et Claudia SANMARTIN. 2016. « Hospitalisation en soins de courte durée, selon l'identité autochtone, Canada, 2006 à 2008 inclusivement », *Rapports sur la santé*, vol. 27, nº 8, nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

CHIRICO, Gaetano, Roberto MARZOLLO, Sheila CORTINOVIS, Chiara FONTE et Antonella GASPARONI. 2008. « Antiinfective properties of human milk », *The Journal of Nutrition*, vol. 138, supplément, septembre, p. 1801S à 1806S.

CIDRO, Jaime, Lynelle ZAHAYKO, Herenia P. LAWRENCE, Samantha FOLSTER, Margaret McGREGOR et Kristen McKAY. 2015. « Breast feeding practices as cultural interventions for early childhood caries in Cree communities », *BioMed Central Oral Health*, vol. 15, nº 49.

COULIBALY, Ramata, Louise SÉGUIN, Maria-Victoria ZUNZUNEGUI et Lise GAUVIN. 2006. « Links between maternal breast-feeding duration and Québec infants' health: A population-based study. Are the effects different for poor children? », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 10, nº 6, novembre, p. 537 à 543.

ELDEIWARI, Kamal, et Victoria W. PERSKY. 2004. « History of ear infections and prevalence of asthma in a national sample of children aged 2 to 11 years. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 to 1994 », *Chest Journal*, vol. 125, nº 5, mai, p. 1685 à 1692.

FINDLAY, Leanne, et Teresa JANZ. 2012a. « La santé des enfants des Premières Nations vivant hors réserve et des enfants métis de moins de 6 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 23, nº 1, nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

FINDLAY, Leanne, et Teresa JANZ. 2012b. « The health of Inuit children under age 6 in Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 71, nº 18580, juin.

FREEMAN, Katherine, Karen A. BONUCK et Michelle TROMBLEY. 2008. « Breastfeeding and infant illness in low-income, minority women: A prospective cohort study of the dose-response relationship », *Journal of Human Lactation*, vol. 24, nº 1, p. 14 à 22.

GAO, Zhiwei, Brian H. ROWE, Carina MAJAESIC, Cindy O'HARA et Ambikaipakan SENTHILSELVAN. 2008. « Prevalence of asthma and risk factors for asthma-like symptoms in Aboriginal and non-Aboriginal children in the northern territories in Canada », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 15, nº 3, p. 139 à 145.

GEDDES, Donna T., Jacqueline C. KENT, Leon R. MITOULAS et Peter E. HARTMANN. 2008. « Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants », *Early Human Development*, vol. 84, nº 7, août, p. 471 à 477.

IP, Stanley, Mei CHUNG, Gowri RAMAN, Thomas A. TRIKALINOS et Joseph LAU. 2009. « A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries », *Breastfeeding Medicine*, vol. 4, supplément 1, p. S17 à S30.

KARUNANAYAKE, Chandima P., William ALBRITTON, Donna C. RENNIE, Joshua A. LAWSON, Laura McCALLUM, P. Jenny GARDIPY, Jeremy SEESEEQUASIS, Arnold NAYTOWHOW, Louise HAGEL, Kathleen McMULLIN, Vivian RAMSDEN, Sylvia ABONYI, Jo-Ann EPISKENEW, James A. DOSMAN, Punam PAHWA, The First Nations Lung Health Project Research Team et The Saskatchewan Rural Health Study Team. 2016. « Ear infection and its associated risk factors in First Nations and rural schoolaged Canadian children », *International Journal of Pediatrics*, vol. 2016.

LABBOK, Miriam H., David CLARK et Armond S. GOLDMAN. 2004. « Breastfeeding: Maintaining an irreplaceable immunological resource », *Nature Reviews Immunology*, vol. 4, n° 7, p. 565 à 572.

LODGE, C. J., D. J. TAN, M. X. Z. LAU, X. DAI, R. THAM, A. J. LOWE, G. BOWATTE, K. J. ALLEN et S. C. DHARMAGE. 2015. « Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and metaanalysis », *Acta Paediatrica*, vol. 104, supplément S467, décembre, p. 38 à 53.

McISSAC, Kathryn E., Rahim MOINEDDIN et Flora I. MATHESON. 2015a. « Breastfeeding as a means to prevent infant morbidity and mortality in Aboriginal Canadians: A population prevented fraction analysis », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 106, n° 4, mai-juin, p. e217 à e222.

McISSAC, Kathryn E., Daniel W. SELLEN, Wendy LOU et Kue YOUNG. 2015b. « Prevalence and characteristics associated with breastfeeding initiation among Canadian Inuit from the 2007-2008 Nunavut Inuit Child Health Survey », *Maternal Child Health Journal*, vol. 19, n° 9, septembre, p. 2003 à 2011.

MEW, John R. C., et George W. MEREDITH. 1992. « Middle ear effusion: An orthodontic perspective », *The Journal of Laryngology & Otology*, vol. 106, n° 1, janvier, p. 7 à 13.

ODDY, W. H., P. G. HOLT, P. D. SLY, A. W. READ, L. I. LANDAU, F. J. STANLEY, G. E. KENDALL et P. R. BURTON. 1999. « Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: Findings of a prospective birth cohort study », *BMJ*, vol. 319, septembre, p. 815 à 819.

PEAT, Jennifer K., et Janet LI. 1999. « Reversing the trend: Reducing the prevalence of asthma », *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 103, n° 1, janvier, p. 1 à 10.

RAISLER, Jeanne, Cheryl ALEXANDER et Patricia O'CAMPO. 1999. « Breast-feeding and infant illness: A dose-response relationship? », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 1, janvier, p. 25 à 30.

SANTÉ CANADA. 2015a. « Nutrition du nourrisson », *Aliments et nutrition*.

SANTÉ CANADA. 2015b. « La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois », *Aliments et nutrition*.

THOMAS, Eleanor M. 2010. « Tendances récentes des infections des voies respiratoires supérieures, des infections de l'oreille et de l'asthme chez les jeunes enfants au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 21, n° 4, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.

THOMSON, Molly. 1994. « Otitis media: How are First Nations children affected? », *Canadian Family Physician*, vol. 40, novembre, p. 1943 à 1950.

YE, Ming, Piushkumar J. MANDHANE et Ambikaipakan SENTHILSELVAN. 2012. « Association of breastfeeding with asthma in young Aboriginal children in Canada », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 19, n° 6, novembre-décembre, p. 361 à 366.